

**DOCUMENT DE STRATEGIE**

**PROGRAMME DE COOPERATION**  
**MALI-UNICEF**  
**1998 - 2002**

*Library*  
IRC International Water  
and Sanitation Centre  
Tel.: +31 70 30 689 80  
Fax: +31 70 35 899 64

BAMAKO, LE 9 DECEMBRE 1996

# Table des Matières

1. Introduction sur la démarche .....	1
2. Futur Programme de Coopération .....	2
2.1 Critères de choix du programme de Coopération .....	2
2.1.1 Analyse de Situation .....	2
2.1.2 Conclusions et Recommandations de la Revue à Mi-Parcours .....	6
2.1.3 Priorités et Politiques Pertinentes du Gouvernement du Mali .....	6
2.1.4 Priorités et Politiques Pertinentes de l'UNICEF .....	7
2.1.5 Complémentarité des appuis de l'UNICEF avec les autres partenaires .....	7
2.2 Cadre du Programme de Coopération .....	7
2.3 Commentaires sur le Cadre .....	7
3. Programmes Intersectoriels: Survie, Développement et Protection .....	11
3.1 PROGRAMME DE SURVIE .....	11
3.1.1 Objectifs du Programme Survie .....	11
3.1.2 Stratégies du Programme Survie .....	11
3.1.3 Domaine Santé .....	12
3.1.4 Domaine Eau-Assainissement-Hygiène .....	15
3.2 PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT .....	17
3.2.1 Objectifs généraux .....	17
3.2.2 Objectifs spécifiques .....	17
3.2.3 Stratégies .....	17
3.3 PROGRAMME DE PROTECTION .....	22
3.3.1 Objectifs généraux: .....	22
3.3.2 Objectifs spécifiques: .....	22
3.3.3 Stratégies .....	22
4. Conclusion .....	25

LIBRARY IRC  
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE  
Tel.: +31 70 30 689 80  
Fax: +31 70 35 899 64

BARCODE: 13815  
LO: 824 ML96

# **Programme de Coopération Mali - UNICEF 1998-2002**

## **Document de Stratégie**

Novembre 1996

### **1. Introduction sur la démarche**

Le processus d'élaboration d'une Note de stratégie Mali-UNICEF s'inscrit dans le cadre de l'exercice de programmation devant aboutir à un programme de coopération qui définira clairement la contribution de l'UNICEF aux efforts du Gouvernement pour la survie, le développement, la protection et la participation des enfants et des femmes pour la période de 1998 à 2002. L'objectif de la Note de Stratégie est de définir avec le Gouvernement le cadre stratégique du prochain programme de coopération en terme d'orientation générale et de choix prioritaire d'intervention. C'est à partir du consensus établi par la Note de Stratégie que le programme de coopération sera développé en détail au cours de l'année 1997.

L'exercice de programmation a, dans les faits, démarré en novembre 1995 par la revue à mi-parcours du présent programme de coopération (1993-1997) dont les principales conclusions sont résumées plus loin. Un aspect important du processus de programmation fut la création d'un noyau dur, au début 1996, qui a pour responsabilité de piloter l'ensemble du processus d'élaboration du prochain programme de coopération. Le noyau dur présidé par la Direction Nationale de la Coopération Internationale est composé d'un représentant du Commissariat au plan, du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Éducation de Base, du Ministère de la Justice, de l'Action Sociale, et d'un représentant de l'UNICEF. Depuis sa création, le noyau dur se rencontre mensuellement, discute des progrès accomplis et trace les prochaines étapes.

Dans le processus de programmation de l'UNICEF, au-delà de la revue à mi-parcours, l'analyse nationale de la situation des enfants et des femmes constitue le point de départ de la réflexion devant mener au futur programme de coopération. Un des points fort du processus en cours, est la décision conjointe, gouvernement du Mali et UNICEF, de procéder à l'analyse de situation avec comme cadre de référence la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE/CRC) et la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW). Cette décision allait avoir des répercussions importantes autant sur l'analyse de situation que sur les orientations et le contenu du prochain programme de coopération.

L'implication la plus importante de ce choix, est que les conventions soient reconnues comme le cadre à partir duquel le gouvernement et ses partenaires au développement définiront les objectifs et stratégies d'actions en faveur des enfants et des femmes.

Finalement, à travers les nombreux séminaires, ateliers, et séances de travail qui ont été tenus depuis le début de l'année dans cadre de l'élaboration de l'analyse de situation et de la présente note de stratégie, les concepts survie, développement et protection (qui n'étaient que de vagues concepts)

sont devenus un des fondements du prochain programme de coopération. A cet effet, ils représentent les trois programmes inter sectoriels: survie, développement, protection qui permettra ainsi de développer des stratégies de programme allant au-delà de l'approche sectorielle classique (Santé, Éducation, Nutrition, Hygiène & Assainissement etc.) vers une approche intégrée et multisectorielle.

## 2. Futur Programme de Coopération

### 2.1 Critères de choix du programme de Coopération

Le Programme de Coopération 1998-2002 est basé sur trois programmes intersectoriels: Protection, Survie et Développement. Dans le processus d'élaboration du nouveau cadre de programmation (but, objectifs et stratégies globales ainsi que les objectifs des programmes inter sectoriels) cinq critères ont été utilisés :

- i) les conclusions de l'Analyse de Situation ;
- ii) les conclusions/recommandations de la Revue à Mi-Parcours du programme actuel;
- iii) les priorités et les politiques du Gouvernement du Mali en ce qui concerne la survie, le développement, la protection et la participation des enfants et des femmes;
- iv) la mission et les politiques de l'UNICEF dans les différents domaines; et
- v) la complémentarité de l'UNICEF avec les autres partenaires, en mettant l'accent sur les priorités émergentes des Programmes Décennaux (santé et éducation) et celles de la Note de Stratégie Nationale du Mali.

Par la suite, à l'intérieur de chaque programme intersectoriel, les mêmes critères ont été appliqués afin de définir les objectifs spécifiques et les stratégies de programme.

#### 2.1.1. Analyse de Situation

##### QUELQUES INDICATEURS CLÉS:

Indicateur	Valeur (1995 si non spécifié)
Taux de mortalité infantile	123 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	238 ‰
Taux d'enfants malnutris de moins de 5 ans (émaciation; poids/taille)	13.1% (1994)
Taux de mortalité maternelle	700 / 100,000 naissances (1987) EDS 1996 (à venir)
Taux d'alphabétisation	Total: 22,9% H: 32,3 % F: 14,1 % (1994)
Taux brut de scolarisation	Total: 42,0 G: 50,2, F: 33,7 (1995/96)
Taux d'achèvement du premier cycle	41,1 1993/94

Accès à l'eau potable	45 % (1994)
Accès aux services de santé à moins de 15k	39%
PIB par habitant	120 000 CFA (\$241.40)
Taux de couverture vaccinale par antigène:	
tuberculose	80.10 %
diphtherie, tétanos, coqueluche, polio	48.99 %
rougeole	52.32 %
Taux de femmes en âge de procréer vaccinées contre le tétanos	6.4% (1994)

L'analyse de situation a trois fonctions principales: une fonction de monitoring qui permet le Mali de faire le suivi des progrès obtenus dans la réalisation des objectifs définis par les deux Conventions et ceux définis dans les deux PANs; une fonction d'appui dans la formulation de politique nationale par l'évaluation et l'analyse de l'impact des systèmes et politiques nationales en matière de développement social; et une fonction de programmation par l'identification des actions prioritaires en faveur des enfants et des femmes.

**Bien-fondé d'une analyse basée sur la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) et la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)**

La décision de faire de la CRC et la CEDAW le cadre de l'analyse de situation des enfants et des femmes au Mali relève de cinq facteurs principaux:

- La ratification des deux Conventions par le Mali qui les rend partie intégrante de la structure légale du pays;
- Les changements majeurs observés dans le paysage politique au Mali, notamment le processus de démocratisation et de décentralisation qui visent un développement où les populations assument un plus grand contrôle dans la satisfaction de leur propre besoins;
- La ratification presque universelle des deux Conventions a forgé un éthique de développement qui se fonde fermement sur les droits;
- La complémentarité des deux Conventions et l'inextricabilité entre les droits de l'enfant et de la femme;
- La nouvelle volonté politique de l'UNICEF de faire des Conventions, le point de départ et la finalité de son intervention.

**Définition des concepts: Survie, Développement, Protection et Participation**

Afin d'organiser l'analyse sur une base conceptuelle et programmatique cohérente, l'ensemble des droits définis par les deux Conventions ont été structurés autour des concepts de survie, développement, protection et participation. Ces quatre concepts -- qui ne reflètent en rien une hiérarchisation des droits et qui respectent aussi bien leur indivisibilité que leur interdépendance -- sont définis comme suit:

La **survie** vise, dans le cadre de l'équité, la jouissance par la femme et l'enfant du droit à la vie et au bien être physique et mental propice à leur développement et leur épanouissement personnel et social. La pleine participation et la responsabilisation de la population en général et des femmes en particulier constituent la meilleure garantie pour la préservation et la promotion du bon état de santé de la femme et l'enfant.

Le **développement** vise l'épanouissement des potentialités de la femme et de l'enfant par l'acquisition des compétences et connaissances essentielles qui constituent l'éducation de base au sens large. Ces compétences et connaissances essentielles incluent les outils d'apprentissage tel que: savoir lire, écrire, compter; elle comprennent également un minimum de connaissances en matière de sciences élémentaires, de santé, de nutrition, de socialisation et communication, de réflexion critique. En outre, l'éducation de base fait acquérir le respect des droits et des libertés fondamentales et prépare l'enfant et la femme à assumer leurs responsabilités dans une société libre, un esprit de compréhension, de tolérance, d'égalité entre les sexes. Ceci est une condition sine qua non pour la connaissance, l'appropriation et la pleine jouissance des droits par l'enfant et la femme.

La **protection** vise le développement d'une "culture de droits" que soutiendra la promotion, l'appropriation et la défense des droits de l'enfant et de la femme. Ceci se fait à travers la lutte contre toutes formes de violence, d'exploitation, de mauvais traitement et d'abus à l'égard de l'enfant et de la femme; le droit à l'égalité devant la loi pour la femme et des mesures spécifiques à l'endroit des groupes d'enfants et de femmes nécessitant une protection spéciale.

La **participation** -- un élément transversal qui soutient et qui est soutenu par la survie, le développement et la protection -- vise à privilégier et renforcer le rôle de l'enfant et de la femme comme agents de leur propre développement. Ceci ne se limite pas à leur simple implication au sein des structures politiques et à la prise de décisions. La vraie signification du droit à la participation s'exprime plutôt dans l'éveil des sentiments d'autonomie et d'autosuffisance de la part de l'enfant et la femme.

#### **Conclusions de l'analyse de situation**

Après avoir organisé l'ensemble des droits autour des quatre concepts, les articles pertinents à chacun ont été regroupés afin d'en dégager la situation visée, telle que définie par les deux Conventions. Par la suite, un nombre restreint de problèmes prioritaires dans les domaines de la survie, du développement et de la protection ont été identifiés en fonction de la situation visée, tel que définie par les articles de la Convention et l'analyse des indicateurs de développement du Mali.

Ensuite, les problèmes ont été analysés en utilisant une grille des causes à trois niveaux: immédiates, sous-jacentes et structurelles. A l'interface des causes sous-jacentes et structurelles se retrouvent les politiques nationales. L'analyse a démontré que les faiblesses de ces politiques et le manque d'un cadre cohérent représente une des causes transversales à la base des problèmes identifiés. Tout cela a abouti à l'identification des domaines d'action prioritaire pour le Mali en termes de survie, développement et protection de l'enfant et de la femme.

## CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE SITUATION

	Survie	Développement	Protection
<b>Problèmes Prioritaires</b>	<p>Etat de Santé : Taux élevé de mortalité maternelle (700 pour 100,000 naissances vivantes), infantile (123 pour 1000 naissances vivantes) et infanto-juvénile (238 pour 1000 naissances vivantes), prévalence élevée des handicaps et incapacités permanentes chez les femmes et les enfants.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance de la couverture des besoins en AEP;</li> <li>2. Insalubrité de l'environnement;</li> <li>3. Grossesses rapprochées/fécondité élevée (ISF de 6,7);</li> <li>4. Accroissement menaçant de l'incidence des MST et de la prévalence du SIDA (3% VIH)</li> <li>5. Pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants (93,7% femmes 15-49 ans excisées etc.)</li> <li>6. Faible performance des services de santé et faible accès aux service de santé</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le faible taux de scolarisation (TBS 42%: 50,2% garçons, 33,7% filles)</li> <li>2. Les faibles rendements internes et la faible efficacité du système éducatif (redoublement de 30,7% etc)</li> <li>3. Le faible taux d'alphabétisme des populations, surtout des femmes (22,9%: 32,3% hommes, 14.1% femmes)</li> <li>4. La faible participation des femmes à la vie publique et politique et à l'emploi salarié (4 Ministres sur 18; 3 Députés sur 119 etc)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faiblesse de l'exercice et de la jouissance des droits civils de l'enfant</li> <li>2. Caractère discriminatoire des textes législatifs et réglementaires et les pratiques coutumières à l'égard des femmes</li> <li>3. Violence physique et morale contre les femmes et les enfants</li> <li>4. L'exploitation économique et sociale des enfants et des femmes (25% main d'oeuvre totale sont des enfants moins de 14 ans)</li> <li>5. La dégradation des mœurs et son impact sur les enfants et les femmes</li> <li>6. Faible protection et prise en charge des besoins spécifiques de groupes marginalisés et défavorisés (enfants et femmes handicapés, réfugiés et déplacés, enfants abandonnés, enfants délinquants, enfants de la rue, femmes seules chefs de famille, femmes en milieu rural et péri-urbain).</li> </ol>
<b>Domaines d'Intervention</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer la qualité des soins et poursuivre l'extension de la couverture par : <ul style="list-style-type: none"> <li>. La création de CSCOM</li> <li>. La revitalisation de CSA</li> <li>. L'organisation et renforcement du système de référence</li> </ul> </li> <li>2. Renforcer les capacités nationales pour assurer la gestion et la maîtrise du développement du système de santé intégré et décentralisé</li> <li>3. Pérenniser le système de santé par le renforcement de son financement en travers du partage des coûts et de solidarités nouvelles à développer et à organiser.</li> <li>4. Renforcer la participation de la population et plus spécifiquement des femmes.</li> <li>5. Renforcement du système d'approvisionnement en eau potable et des pratiques d'hygiène et des mesures d'assainissement</li> <li>6. Promouvoir les comportements positifs pour la santé de l'enfant et de la femme en particulier pour : la TRO, l'allaitement maternel, les maternités sans risque, les MST/SIDA, l'abandon de la pratique de l'excision.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développement de l'accès à l'éducation de base, avec emphase particulière sur la scolarisation des filles et l'alphabétisation des femmes.</li> <li>2. Amélioration du rendement du système de l'éducation de base (rendement interne: qualité et rendement externe: insertion socio-économique).</li> <li>3. Renforcement du système de gestion de l'éducation de base: redéfinition de la mission, de la structure; restructuration des services selon le nouveau contexte; création des conditions d'une meilleure gestion des ressources (humaines, matérielles, informationnelles).</li> <li>4. Consolidation des sources de financement des services et création des nouvelles sources endogènes.</li> <li>5. Création/renforcement de mesures visant à réduire la disparité entre garçon/fille, homme/femme en vue de faciliter chez la femme/fille l'accès au travail, au crédit, aux activités politiques et autres activités économiques.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforme et renforcement du cadre légal (mettre l'emphase sur le contrôle du marché de la pornographie, de l'alcool, du trafic des stupéfiants, de la prostitution, et du travail des femmes et des enfants).</li> <li>2. Développement d'un système d'information judiciaire et sociale.</li> <li>3. Appui au développement du mouvement associatif pour la défense et la promotion des droits de l'enfant et la femme.</li> <li>4. Renforcement des compétences /capacités des acteurs.</li> <li>5. Mettre en place des mesures spécifiques en faveur des groupes de femmes/enfants nécessitant une protection spéciale.</li> </ol>

### **2.1.2. Conclusions et recommandations de la revue à mi-parcours du Programme de Coopération Mali-UNICEF 1993-1997**

Les conclusions générales de la Revue à Mi-Parcours peuvent se résumer en ces termes :

- i) renforcer l'appui du Programme de Coopération à l'évolution et à la mise en oeuvre des politiques nationales;
- ii) renforcer la capacité d'appui des structures publiques et de la société civile et
- iii) renforcer la convergence et l'intersectorialité des interventions des programmes;
- iv) accélérer l'extension de la couverture des services de base décentralisés en renforçant la responsabilisation des communautés.

Par la suite, la Revue a identifié une série des recommandations spécifiques qui découlent des conclusions générales à savoir:

- accélérer l'intégration et la décentralisation du PEV dans le cadre de l'extension de la couverture du paquet minimum d'activités (PMA) avec gestion communautaire;
- intégrer l'appui du Programme Santé aux régions du Nord dans la dynamique de la mise en oeuvre progressive de la politique sectorielle de la santé;
- intégrer les activités de la nutrition au sein du Programme Santé;
- faire des cercles et des aires de santé des cadres géographiques d'intervention des activités dans le domaine de l'assainissement et l'hygiène et leur prise en compte dans le PMA des CSCOM et CSA-R.
- revoir la stratégie d'exécution en régie des forages et renforcer le rôle de coordination et d'harmonisation des politiques par la Direction Nationale d'Hydraulique;
- réorienter le Programme d'Éducation en mettant l'accent sur l'augmentation de l'offre et l'amélioration de la qualité de l'éducation de base
- prendre en compte les besoins éducatifs des groupes cibles du projet "Assistance aux enfants en circonstance difficiles" dans le Programme Éducation
- renforcer les systèmes d'information, d'éducation et de communication à travers l'utilisation de la radio et d'autres voies de communication, les approches basées sur l'animation

Finalement, la Revue a reconnu le bien-fondé du mouvement progressif du Programme de Coopération Mali-UNICEF vers les activités de renforcements des capacités institutionnelles et d'habilitation pour soutenir et améliorer l'efficacité globale des prestations de services.

### **2.1.3. Priorités et Politiques Pertinentes du Gouvernement du Mali**

La stratégie du programme de coopération a été guidée dans sa formulation par les politiques de développement humain du Mali, en particulier le Plan d'Action National de l'Enfant (PAN, 1990) et le Plan d'Action National pour la Promotion des Femmes (PNPF, 1996) qui sont les deux documents trans-sectoriels. Au même temps, la stratégie prend appui sur les politiques sectorielles telles que la Politique Sectorielle de la Santé et de Population (1990), le Schéma Directeur de Mise en Valeur des Ressources en Eau (1992-2001), les orientations de la Politique en cours d'élaboration dans le domaine de l'Éducation de Base. Les politiques de démocratisation et de décentralisation en cours ces dernières années au Mali constituent un levier solide pour la participation effective des populations et des femmes en particulier aux réalisations des conditions permettant aux femmes et aux enfant la pleine jouissance de leur droits. Ainsi, la stratégie du

programme de coopération se trouve bien en phase avec les priorités du gouvernement et contribue à soutenir le développement du Mali dans les domaines sociaux.

#### **2.1.4. Priorités et Politiques Pertinentes de l'UNICEF**

*La mission et les politiques de l'UNICEF.* En janvier 1996 le conseil d'administration de l'UNICEF a adopté une mission pour l'organisation qui se résume comme suit: promouvoir les droits de l'enfant tel que défini dans la Convention relative aux droits de l'enfant; faire en sorte que les droits de l'enfant constituent une nouvelle éthique du développement qui sert de guide pour l'ensemble des interventions visant le bien-être de l'enfant; s'engager à assurer une protection spéciale pour les enfants particulièrement vulnérable; faire en sorte que toutes ces interventions accordent une forte priorité aux enfants et aux pays les plus défavorisés; promouvoir l'égalité des droits de la femme et de la fille, afin d'assurer leur pleine participation dans le développement économique, social et politique au sein de leur communauté; collaborer avec l'ensemble des partenaires de développement afin de réaliser leur vision de développement humain durable et la vision de paix et du progrès social défini dans la Charte des Nations Unis.

Par ailleurs, l'exercice de définition des stratégies s'est inspiré de l'ensemble des politiques de l'UNICEF visant la survie, le développement, la protection et la participation de l'enfant et de la femme à savoir: les politiques sectorielles/intersectorielles de la santé, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement; la politique en matière d'éducation de base et la politique portant sur la protection spéciale des enfants particulièrement vulnérables. Finalement, ont été pris en compte, les politiques de l'UNICEF visant le bien-être de la femme, notamment celles portant sur l'égalité des genres/ l'acquisition de pouvoir par les femmes et les priorités de l'UNICEF suivant la quatrième conférence mondiale de la femme de Beijing.

#### **2.1.5. Complémentarité des appuis de l'UNICEF avec les autres partenaires**

Le Mali est l'un des premiers pays en Afrique à avoir initié une coordination de ses partenaires au développement autour de la mise en oeuvre d'une politique sectorielle bien définie, en l'occurrence la politique sectorielle de santé.

Cette expérience a pu, non sans difficulté parfois, mobiliser de façon complémentaire les appuis des partenaires comme la Banque Mondiale, le Fond Européen pour le Développement, l'USAID, la KFW et l'UNICEF.

Les enseignements utiles tirés de cette expérience guident la recherche de complémentarité et de synergie entre les appuis des partenaires pour le développement des secteurs sociaux du Mali. Tel est le cas actuellement dans le secteur de l'éducation où dès l'élaboration de la nouvelle politique tous les partenaires sont impliqués. En élaborant une note de stratégie pays, le système des Nations-Unis renforce davantage la cohérence et la complémentarité des différentes agences dans le pays donnant aussi la primauté aux politiques et stratégies nationales pour la coordination effective des partenaires au développement.

La stratégie du Programme de Coopération Mali/UNICEF s'inscrit en droite ligne dans ces principes.

## **2.2 Cadre du Programme de Coopération**

## BUT DU PROGRAMME DE COOPERATION

Le but du Programme de Coopération 1998-2002 est de contribuer à la réalisation des droits des enfants/femmes au Mali, tel que défini dans la CRC et la CEDAW.

## OBJECTIFS DU PROGRAMME

Contribuer à l'effort du Mali en vue du bien-être des enfants et des femmes d'ici l'an 2002 par :

- le développement d'une culture de droit qui soutiendra la promotion, l'appropriation et la défense des droits des enfants et des femmes ;
- la réduction de la mortalité infanto-juvénile de 30% ;
- la réduction de la mortalité maternelle de 20% ;
- la réduction de la prévalence des handicaps permanents chez les enfants et les femmes attribuable aux carences nutritionnelles, à la poliomyélite et à l'accouchement ;
- l'augmentation du taux brut de scolarisation de 42% à 60% ;
- l'augmentation du taux d'alphabétisation des femmes de 14% à 40% .

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre du Plan d'Action National pour l'Enfant et du Plan National pour la Promotion de la Femme

## STRATEGIES GLOBALES DU PROGRAMME DE COOPERATION

- Renforcer la capacité du Mali dans la formulation et la mise en oeuvre d'un cadre cohérent de politiques de développement qui assure le droit de l'enfant et de la femme à la survie, au développement, à la protection et à la participation ;
- Appuyer l'épanouissement de la société civile pour une plus grande responsabilisation des populations dans la prise en charge du développement ;
- Appuyer la mise en oeuvre du processus de décentralisation ;
- Renforcer la convergence géographique des interventions multi-sectorielles (synergie/impact) tout en accordant une priorité particulière aux enfants et aux femmes les plus pauvres.

## PROGRAMMES INTERSECTORIELS

### PROTECTION

Objectifs :

### SURVIE

Objectifs :

### DEVELOPPEMENT

Objectifs :

Les programmes interséctoriels apporteront une contribution au pays en vue de :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• créer un environnement favorable à la jouissance des droits par le renforcement du cadre juridique, la promotion, l'appropriation et la défense des droits ;</li><li>• assurer une meilleure insertion économique et social des femmes et des enfants ayant besoin d'une protection spéciale.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• réduire la mortalité des enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës, au paludisme et à la malnutrition de 40% d'ici l'an 2002 ;</li><li>• réduire de 80% la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies cibles du PEV d'ici l'an 2002 ;</li><li>• réduire de 30% la mortalité maternelle attribuable aux dystocies et aux hémorragies du post-partum d'ici l'an 2002 ;</li><li>• promouvoir la participation et la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge de leurs problèmes de santé.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• renforcer les compétences et les connaissances essentielles de l'enfant et de la femme leur permettant de mieux jouir de leurs droits principalement par :<ul style="list-style-type: none"><li>• l'amélioration de l'accès à l'éducation de base en favorisant la réduction des disparités entre garçons/ filles et entre régions ;</li><li>• le renforcement de l'efficacité et l'efficience du système de l'éducation de base ;</li><li>• l'amélioration de l'accès à l'alphabétisation fonctionnelle des femmes visant un renforcement du pouvoir socio-économique</li></ul></li></ul> |
|---|--|--|

### **2.3 Commentaires sur le Cadre**

Le but du Programme tel que défini reflète un engagement à long terme qui dépasse de loin le cadre du programme quinquennal. Par contre, les objectifs du Programme définissent de façon mesurable sur cinq ans, la contribution du Programme à la réalisation des droits de l'enfant et de la femme au Mali. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre du Plan d'Action National pour l'Enfant et le Plan d'Action pour la Promotion des Femmes qui sont la traduction au Mali des engagements pris au Sommet Mondial de l'Enfance et à la Conférence de Beijing.

Une des stratégies globales du Programme vise le renforcement de la capacité du Mali à formuler et à mettre en oeuvre un cadre cohérent de politiques de développement qui assure le droit de l'enfant et de la femme à la survie, au développement, à la protection et à la participation. Ceci impliquera un appui et un suivi autant dans la formulation des politiques que dans la complémentarité de celles-ci.

L'appui au processus de décentralisation actuellement en cours au Mali, fera partie intégrante des stratégies globales du Programme. Ceci aura pour implication que la mise en oeuvre du Programme sera informée par les principes clés de la décentralisation, notamment; un nouveau partage de pouvoir entre l'état, les élus locaux et les citoyens; le transfert progressif de compétence et de ressources aux collectivités nouvellement créées, autonomes et responsabilisées; le pouvoir de contrôle et de sanction des populations sur l'administration.

Parallèlement, le Programme de Coopération renforcera l'épanouissement de la société civile pour une plus grande responsabilisation des populations dans la prise en charge du développement - ce qui est intimement lié à la décentralisation et la démocratisation en cours au Mali.

**Convergence géographique des interventions et la priorité accordée aux plus pauvres.** La volonté et le besoin de s'engager vers une approche multisectorielle et décloisonnée ont déjà été démontrés. Ceci étant acquis, comment y arriver et par où commencer?! Au Mali, tel que démontré par l'analyse de situation, la politique sectorielle de la Santé est celle qui a le plus évolué aussi bien en terme de formulation que dans sa mise en oeuvre. Cette politique, autant dans sa formulation que dans sa mise en oeuvre, embrasse de façon générale, les grandes orientations de politique de développement du Mali c'est-à-dire : une nouvelle dynamique partenariale entre l'état, les communautés et les partenaires incluant le co-financement et la responsabilisation des populations dans la gestion. Le tout supporté par l'utilisation systématique de la carte sanitaire négociée et des plans décentralisés de développement sanitaire au niveau des cercles constituent le cadre programmatique de cet effort.

Cependant, à moyen et à long terme, les résultats acquis jusqu'à présent (177 aires de santé/CSCOM fonctionnel) risque d'être remis en question si le niveau extrêmement faible d'éducation des populations en général et des femmes en particulier n'est pas relevé (les nouvelles orientations politiques d'éducation de base comportent les mêmes ingrédients que la politique sectorielle de la santé, la dynamique partenariale etc.) - et que d'autre part, des mesures ne sont pas prises pour l'approvisionnement des populations concernées en eau potable supportées par des mesures en matière d'hygiène et d'assainissement en vue d'améliorer l'efficacité globale de l'effort de développement entrepris à la base. Ce constat s'applique aussi bien au milieu rural que péri-urbain.

Il existe donc une base solide sur laquelle le choix des interventions du programme de Coopération Mali-UNICEF dans les domaines de la survie et le développement sont focalisés géographiquement en accompagnant l'évolution de la mise en oeuvre des politiques nationales, la convergence ainsi recherchée permettra d'éviter l'inefficience des actions dispersées et renforcera la dynamique de développement et l'impact des actions.

En ce qui concerne les domaines de la Protection, s'il s'agit davantage de l'amélioration du cadre juridique et des interventions au niveau des groupes nécessitant une protection spéciale, ceux-ci définissent des champs spécifiques d'action.

#### **Stratégies transversales d'appui au programme**

Au niveau plus opérationnel, le Programme de Coopération profitera de deux stratégies transversales: la **mobilisation sociale et le suivi et évaluation**.

La **mobilisation sociale** est un processus à grande échelle destiné à mobiliser un grand nombre de personnes pour une action visant à atteindre, par leur propre effort, un objectif de développement. Pour cela, la mobilisation sociale utilise tous les moyens d'information, d'éducation et de communication traditionnels et modernes.

L'Analyse de Situation a identifié des facteurs communs dans la survie, le développement et la protection liés notamment:

- aux comportements, attitudes et pratiques néfastes au bien-être des enfants et des femmes;
- à la faible participation des communautés particulièrement des femmes à la gestion des services;
- au déficit d'informations sur les droits;
- à l'absence/la faiblesse de la communication dans la prestation de service.

Ce constat conduit à la nécessaire intégration des actions de mobilisation sociale de façon transversale dans tous les trois programmes intersectoriels. Ceci est un des reflets de l'interconnexion des droits des deux Conventions aboutissant à une complémentarité objective qui apparaît aussi dans les objectifs des programmes intersectoriels.

Afin d'appuyer les programmes Survie, Développement, et Protection, la mobilisation sociale portera sur:

- Le plaidoyer pour l'adoption de mesures réglementaires, législatives et budgétaires conformément aux Conventions;
- La promotion des droits de l'enfant et de la femme à travers les canaux appropriés de communication afin qu'ils soient connus, appropriés, et réalisés;
- Le renforcement des compétences et des capacités des structures publiques et privées chargées de la promotion des droits de l'enfant et de la femme;
- Le renforcement de la participation communautaire.

Les activités de Suivi et Evaluation viseront à appuyer la mise en place d'un système d'information permettant au Gouvernement du Mali de faire le suivi de la mise en oeuvre des deux Conventions. Il s'agit d'un système d'information qui permet: de mesurer l'évolution des indicateurs relatifs aux droits de l'enfant de la femme; d'appuyer les efforts de suivi et d'évaluation du Comité National des droits de l'Enfant; de fournir des informations utiles

pour le plaidoyer en faveur des enfants et des femmes; d'appuyer et améliorer les systèmes nationaux existants à travers la décentralisation des activités de collecte, de traitement et d'analyse de données afin de disposer d'information fiable au niveau périphérique et l'intégration dans un seul système de tous les indicateurs relatifs aux droits des enfants et des femmes.

### 3. Programmes Intersectoriels: Survie, Développement et Protection

#### 3.1 PROGRAMME DE SURVIE

##### X 3.1.1 Objectifs du Programme Survie

Au niveau des *objectifs généraux*, le programme intersectoriel SURVIE apportera une contribution au pays en vue de :

1. Réduire la mortalité des enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës, au paludisme et à la malnutrition de 40% d'ici 2002.
2. Réduire la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies cibles du PEV d'au moins 80% d'ici l'an 2002.
3. Réduire la mortalité maternelle attribuable aux dystocies et aux hémorragies du post-partum de 30% d'ici l'an 2002.
4. Promouvoir la participation et la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge des problèmes de santé

##### *Objectifs intermédiaires:*

1. Réduire l'incidence des maladies d'origine hydro-fécales chez les enfants de 0 à 5 ans de 30% d'ici l'an 2002 ;
2. Réduire la prévalence de la malnutrition protéino-calorique chez les enfants de moins de 3 ans de 30% d'ici l'an 2002;
3. Eradiquer la poliomyélite et éliminer le tétanos néonatal d'ici l'an 2002 ;
4. Réduire la prévalence des handicaps permanents attribuables:
  - à l'avitaminose A de 80%
  - aux troubles dus aux carences en iode de 90%
  - à la poliomyélite de 80%
  - à l'accouchement de 30% d'ici l'an 2002.
5. Eradiquer la dracunculose d'ici l'an 2000.
6. Réduire l'incidence des MST et de l'infection VIH de 30% d'ici l'an 2002 ;

##### 3.1.2 Stratégies du Programme Survie

En terme de stratégies, il s'agira pour le programme Survie de:

- Prendre appui sur les acquis des politiques nationales définies et sur les points forts de leur mise en oeuvre en vue de réaliser les objectifs du programme, notamment:
- Etendre et améliorer la qualité et la couverture sanitaire en accordant la priorité aux milieux ruraux et péri urbains;
- Augmenter la couverture des besoins en eau potable et l'accès à un environnement salubre;
- Prendre appui sur la politique de décentralisation et la renforcer notamment par le

développement des capacités au niveau opérationnel et par l'adaptation des autres niveaux (central et régional) à leurs nouveaux rôles;

- S'assurer de la viabilité et de la pérennité dans le développement des services à travers le système de partage des coûts et le développement de relations partenariales dynamiques entre l'Etat, les collectivités décentralisées, la population et les autres partenaires au développement;

- Renforcement des capacités de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge des problèmes de santé;

- Assurer la complémentarité et la synergie des actions intersectorielles, particulièrement celles ayant un impact sur la santé de la population: à cette fin des opportunités nouvelles seront offertes par les aires de santé opérationnelles et les systèmes de santé de cercle cogérés avec la population;

- Coordonner à tous les niveaux et en particulier au niveau stratégique les appuis en vue de renforcer l'efficacité et l'efficience des politiques socio-sanitaires.

Les interventions du programme Survie concerneront les domaines d'une part de la santé et d'autre part de l'eau-assainissement-hygiène.

### 3.1.3 Domaine Santé

En ce qui concerne la santé, il y a des objectifs ci-après:

1. Augmenter l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour la population de telle sorte que d'ici 2002 :

- \* 75% de la population vivront dans un rayon de 15 km d'un centre de santé assurant les prestations du PMA ;
- \* 60% de la population accéderont facilement à un plateau technique de référence assurant la prise en charge adéquate des urgences obstétricales.

2. Augmenter l'accessibilité financière des soins de santé pour la population de sorte que d'ici 2002 :

- \* le coût moyen de l'épisode curatif ne dépasse pas 800 FCFA dans 80% des centres de santé (CSCoM/CSAR) ;
- \* le coût moyen de l'évacuation et de la prise en charge d'une intervention obstétricale urgente ne dépasse pas 30.000 FCFA dans 60% des centres de santé de référence.

3. Renforcer la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la gestion des problèmes de santé, de sorte que d'ici l'an 2002 :

- \* 100% des centres de santé de 1er échelon (CSCoM/CSAR) soient gérés par les ASACO ;
- \* 60% des cercles aient leurs systèmes de santé de cercle cogérés avec les populations dans le cadre de conseils de santé de cercle effectivement fonctionnels ;
- \* sous diverses formes, les femmes soient impliquées aux différents niveaux de l'action et de la décision (village, aire de santé, cercle).

## Objectifs de couverture santé:

Les objectifs de couverture suivants ont été quantifiés:

Intervention		Année 1995 (%)	Année 2002 (%)	
PMA	curatif (IRA, Palu, Déshydrat, Rougeole, MST) : Nb de nouveaux cas/hbt/an dans un rayon de 5 km	25	75	
	préventif	C.Prénatale	47	75
		BCG	76	>= 90
		DTCP3	49	>= 80
		Rougeole	51	>= 90
		VAT2	30	>= 60
		Surveillance préventive des enfants sains de moins de 3 ans (distribution Vit A)	20	60
		PF	4.5	15
	promotionnel	Nutrition	5	40
		TRO	16	60
Hygiène et Assainissement		5	40	
SYSTEME DE REFERENCE	Césariennes	15	60	
	Réparations de handicaps (FVV, déchirures périnéales...)	10	40	

Les stratégies de mise en oeuvre viseront à:

1. Assurer la disponibilité effective de toutes les activités du PMA dans les CSCom et CSAR avec un accent particulier sur l'intégration et le renforcement des activités de Planification familiale, de la prise en charge des MST et des activités promotionnelles (notamment nutrition, hygiène et assainissement)

Renforcer la stratégie avancée, partie intégrante du PMA, pour les populations dans un rayon supérieur à 5kms du CSA/CSCom en adaptant la logistique aux exigences du terrain (moto) et en diversifiant les prestations (vaccinations, Vitamine A, SRO, PF, CPN, Promotion) de façon compatible avec le profil du personnel disponible et les conditions dans lesquelles se déroule l'activité;

Promouvoir le paquet minimum d'activités (PMA) au sein du privé ;

2. Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire sur la base de la carte sanitaire élaborée et négociée dans le cadre des plans de développement socio-sanitaire des cercles; le présent

programme y contribuera en coordination et complémentarité avec les autres appuis;

3. **Consolider et garantir la disponibilité des médicaments essentiels aux coûts les plus bas possible et en rendre l'approvisionnement pour les CSCom et CSAR facile dans toutes les régions du Mali;**

4. **Organiser et renforcer le système de référence en utilisant la périnatalité comme porte d'entrée pour réduire la mortalité maternelle et augmenter l'efficacité d'ensemble du système de santé de cercle;**

5. **Renforcer les capacités:**

- des équipes de santé pour la maîtrise de la gestion et le développement du système de santé intégré et décentralisé;
- d'appui technique des directions régionales de la santé;
- des ASACO avec un accent particulier pour, d'une part, développer le rôle des femmes dans les aires de santé et d'autre part rendre effective la cogestion du système de santé de cercle dans le cadre du conseil de gestion prévu par les textes en vigueur.

6. **Optimiser et Mobiliser les ressources nécessaires au bon fonctionnement et au développement équitable du système de santé de cercle en particulier par:**

- la réallocation budgétaire effective au niveau régional et cercle
- la définition de normes permettant des allocations budgétaires ou de subvention préservant l'équité et renforçant la solidarité nationale
- le développement de mécanismes de solidarité locale permettant de réduire l'obstacle financier pour l'accès à la référence et d'augmenter ainsi l'efficacité globale du système de santé.

7. **Promouvoir des comportements favorables à la santé de la femme et de l'enfant et plus particulièrement la TRO, l'allaitement exclusif, la pratique adéquate du sevrage, la supplémentation en vitamine A, la consommation de sel iodé, les pratiques de maternité sans risque, la prévention des MST/SIDA (en relation avec le programme protection) l'abandon de la pratique de l'excision (en relation avec le programme protection) Ces stratégies seront focalisées sur:**

- l'accompagnement des prestations du PMA dans l'aire de santé par le personnel du CSCom/CSAR;
- l'utilisation de stratégies d'appui complémentaires à celles mobilisées localement par le personnel de santé (réseaux locaux, radio rurale, communication traditionnelle);
- le renforcement des capacités du niveau régional et central pour assurer l'appui nécessaire (formation des cadres, évaluation, développement de stratégies locales ou spécifiques, confection de supports et outils à la demande, coordination pour assurer l'efficacité et l'efficience);

8. **Développer des recherches pour optimiser la mise en oeuvre;**

9. **Renforcer les capacités au niveau central pour la définition de politiques de développement et la bonne gestion, la planification stratégique de la carte sanitaire, l'appui au suivi et évaluation et à la révision des programmes des écoles de santé et le recyclage et**

la formation continue du personnel socio-sanitaire;

10. Assurer la coordination des différents appuis à la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé et du plan décennal auxquels contribue le présent programme.

**Approche Opérationnelle Santé.** Le principe consistant à s'assurer de la présence des facteurs de succès pour chaque étape du développement sanitaire a été conforté par l'expérience passée de la mise en oeuvre. Ce principe continuera à guider la démarche opérationnelle pour:

- l'éligibilité des cercles;
- la mise en oeuvre de PMA avec gestion communautaire dans les aires de santé;
- le développement et l'organisation du système de référence.

Les appuis du présent programme aux cercles devraient se faire en complément des autres appuis pour le développement sanitaire dans le cadre d'un budget global consolidé dont l'exécution et les réalisations seront supportés périodiquement de façon satisfaisante et transparente.

Pour la mise en oeuvre dans le domaine santé, 5 volets suivants sont prévus:

- Planification et gestion décentralisée;
- Revitalisation des centres de santé d'arrondissement et création de CSCom y compris l'appui au PMA;
- Périnatalité et organisation de la référence;
- Responsabilisation des populations;
- Appui au niveau central.

### 3.1.4 Domaine Eau-Assainissement-Hygiène

Pour ce qui est de l'Eau-Assainissement-Hygiène, les objectifs suivants ont été retenus:

1. Accroître la couverture des besoins en eau dans 80 aires de santé fonctionnelles en eau potable au cours de la période 1998-2002.
2. Réduire le taux de pannes des équipements d'exhaure de 40% à 10% de 1998 à 2002.
3. Appuyer la mise en place par les populations d'infrastructures d'assainissement dans 80 aires de santé entre 1998 et 2002.
4. Promouvoir des comportements positifs en matière d'hygiène et d'assainissement avec un accent particulier sur les maladies hydroféciales dans les mêmes aires de santé de 1998 à 2002.
5. Porter à 80% au cours de la période 1998-2002 le taux de couverture des écoles des mêmes aires de santé en ouvrages d'assainissement tout en intégrant l'éducation à l'hygiène dans le cursus de l'enseignement fondamental.
6. Réduire à zéro le taux d'incidence du ver de Guinée et le maintenir à zéro 2 ans après, pour la certification dans la région de Mopti entre 1998 et 2002.

Les stratégies seront les suivantes:

1. Développement d'une approche participative prenant appui et consolidant l'acquis de l'organisation communautaire des aires de santé en vue de permettre aux communautés

d'identifier leurs besoins prioritaires, de prendre des décisions et de les mettre en oeuvre pour résoudre leurs problèmes relatifs aux services d'eau et d'assainissement.

2. Mise en oeuvre effective de l'éducation à l'hygiène dans le PMA en faisant jouer d'une part au personnel du CSCOM son rôle de coordination et de stimulation des actions et d'autre part aux communautés et à leurs partenaires locaux le rôle d'exécution.
3. Incitation à la responsabilisation des femmes dans la gestion des points d'eau et dans les activités de promotion en matière d'hygiène.
4. Renforcement des capacités de planification, d'organisation et de gestion des structures associatives (associations, comités...) et des collectivités locales.
5. Appuyer une décentralisation effective en renforçant les capacités de planification, de coordination, de suivi-évaluation et de contrôle des services techniques régionaux et locaux en particulier ceux de l'hydraulique et ceux de l'hygiène-assainissement.
6. Adoption d'une approche d'intégration intrasectorielle Eau-Assainissement-Hygiène en renforçant la composante Education à l'hygiène en vue d'une meilleure perception par la communauté de la relation eau-santé-environnement.
7. Renforcement et adaptation du système d'information sanitaire actif à base communautaire dans le cadre de l'éradication du ver Guinée en intégrant les besoins de suivi en matière d'hydraulique et d'assainissement.
8. Appui à l'émergence d'un secteur privé au niveau régional et local pour la réalisation et la maintenance des points d'eau et des ouvrages d'assainissement compte tenu du nouveau rôle de promoteur du secteur dévolu à l'Etat à la place de celui de fournisseur de services.
9. Encouragement du partenariat avec les ONGS et les autres intervenants pour assurer la coopération et une meilleure complémentarité
10. Extension de la couverture des besoins en eau et assainissement dans les villages et centres ruraux compte tenu du niveau de couverture actuel des besoins mais aussi des acquis à consolider du programme en cours, de la présence ou non d'autres intervenants, des progrès dans la mise en oeuvre de la politique de santé.
11. Adoption de technologies fiables, appropriées et à faible coûts en encourageant l'utilisation de l'énergie renouvelable (solaire) et adoption du principe de réhabiliter et d'aménager les équipements et ouvrages déjà existants.
12. Le partage des coûts de fonctionnement, d'entretien et d'investissement par la collectivité, suivant leurs capacités réelles, sera appliqué pour garantir la continuité de service

**Approche Opérationnelle Eau-Assainissement-Hygiène.** Les interventions dans le domaine de l'Eau-Assainissement-Hygiène concerneront les régions et cercles où d'une part les besoins à satisfaire mais aussi les acquis à consolider du programme antérieur sont importants et d'autre part la mise en oeuvre de la politique de santé est suffisamment avancée afin d'assurer la convergence géographique et intersectorielle avec les interventions dans le domaine de la santé pour garantir un meilleur impact.

Pour la mise en oeuvre dans le domaine Hydraulique-Assainissement-Hygiène, 3 volets sont prévus:

- Hydraulique villageoise
- Assainissement-hygiène
- Eradication ver de Guinée

## 3.2 PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT

### 3.2.1 Objectifs généraux:

Le Programme intersectoriel DEVELOPPEMENT apportera une contribution au pays en vue de:

Renforcer les compétences et les connaissances essentielles de l'enfant et de la femme leur permettant de mieux jouir de leurs droits principalement par :

- l'amélioration de l'accès à l'éducation de base en favorisant la réduction des disparités entre garçons/filles et entre régions ;
- le renforcement de l'efficacité et l'efficience du système de l'éducation de base;
- l'amélioration de l'accès à la l'alphabétisation fonctionnelle des femmes visant un renforcement du pouvoir socio-économique, culturel et politique.

### 3.2.2. Objectifs spécifiques:

1. Appuyer la mise en oeuvre d'une nouvelle dynamique partenariale qui facilitera l'augmentation de l'accès à l'éducation de base à travers:

- la création de X écoles fondamentales dans les régions de ....., dispensant l'éducation de base à Y élèves, dont 50% filles;
- ✕ - le renforcement des compétences des ONG et des mouvements associatifs dans les domaines de la négociation sociale/sensibilisation, la formation des Associations de parents d'élèves et dans la conduite des dialogues avec les partenaires;
- ✕ - le renforcement des compétences des APE dans la gestion de l'école;
- le renforcement des activités d'information, communication visant à renforcer la demande de l'éducation et particulièrement celle des filles;
- l'appui à l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques éducatives du Ministère de l'Éducation de Base;

2. Appuyer la réduction des taux de redoublement et de déperdition et l'amélioration de taux d'achèvement du système de l'éducation de base;

3. Améliorer le taux de rétention des filles dans l'éducation de base;

3. Appuyer la mise en oeuvre, dans les régions de ..... d'une stratégie d'alphabétisation fonctionnelle des femmes qui:

- se fondera sur les besoins exprimés par les femmes;
- renforcera la capacité des ONG de dispenser l'alphabétisation
- renforcera des structures communautaires qui prendront le relais des ONG;
- ✕ - renforcera les liens entre l'alphabétisation et le pouvoir socio-économique, politique et culturel des femmes.

### 3.2.3 Stratégies

*Stratégie 1: Renforcer l'accès à l'éducation de base, en mettant l'accent sur les filles*

Justification: La ratification de la CRC et la CEDAW par le Mali, démontre son engagement de faire en sorte que le droit à l'éducation, sur une base d'égalité des chances, soit progressivement respecté. L'écart entre la situation actuelle et le droit à l'éducation pour tous nécessite un renforcement de l'accès à l'éducation de base.

Éléments de la Stratégie:

Afin d'atteindre la participation universelle des enfants à l'éducation de base de qualité, une conception innovatrice de l'école formel s'impose. Ce concept -- qui a pour but l'acquisition des connaissances et compétences essentielles et l'appropriation des valeurs qui préparent l'enfant à assumer ses responsabilités dans la vie -- doit se fonder sur une nouvelle dynamique partenariale autour de l'école.

Pour réaliser cette dynamique partenariale les étapes suivantes sont proposées:

A.) Identifier les acteurs clés autour de l'école : élèves, familles, communautés, mouvements associatifs, ONG, autorités éducatives, enseignants, autorités administratives.

B.) Définir les rôles et responsabilités des acteurs:

**Elève:**

- participation active dans l'apprentissage
- participation à la gestion de l'environnement scolaire (l'entretien des bâtiments et de l'aire géographique, activités récréatives etc)

**Familles:**

- ✕- création d'un environnement favorable à l'apprentissage (conditions favorables à la maison, fréquentation scolaire, suivi des progrès scolaires des élèves)
- participation à la gestion de l'environnement scolaire (activités des APE, participer au développement des curricula, participer à l'évaluation de l'enseignement)

**Communautés (leaders d'opinion, mouvements associatifs):**

- s'organiser autour de la question de l'école
- monter un projet d'école

**APE: renforcer la participation à la bonne gestion de l'école;**

- ✕- participer à la sélection, au recrutement et à l'évaluation des maîtres et des programmes
- ✕- participer au recrutement des élèves, en assurant la parité des sexes
- ✕- assurer une représentativité et une implication fortes des femmes au sein des bureaux des APE et dans la vie de l'école
- prendre en charge une partie des coûts de l'enseignement (une partie des salaires des enseignants, une partie des fournitures scolaires)
- superviser/coordonner et participer à la construction et l'entretien des bâtiments scolaires
- ✕- participer à l'élaboration des programmes de l'enseignement et au développement des curricula
- instaurer un système de récompense/motivation pour les élèves
- participer à l'élaboration de la carte scolaire

**ONGs, mouvements associatifs:**

- assurer la négociation sociale/sensibilisation au niveau des communautés;
- aider à la mise en place des APE;
- assurer la formation des APE;
- développer/renforcer l'esprit de la dynamique partenariale autour de l'école;
- participer au choix d'implantation des infrastructures scolaires

**MEB (Cabinet, Directions Nationales, DRE, IEF):**

- définir et coordonner les politiques éducatives et leur mise en oeuvre
- coordonner le programme visant l'élargissement de l'accès à l'éducation de base (y compris l'élaboration de la carte scolaire);
- définir une politique d'édition du livre et assurer sa mise en oeuvre;
- participer à la sensibilisation/négociation sociale des communautés;
- définir les critères de recrutement des maîtres et veiller à leur application;
- assurer la formation initiale et continue des enseignants;
- assurer l'encadrement et le suivi pédagogique des enseignants;
- assurer le développement des programmes d'enseignement, des matériels pédagogiques et des curricula;
- aider aux choix d'implantation des infrastructures;
- participer à la création des infrastructures;
- prendre en charge une partie des coûts d'enseignement (une partie des salaires des enseignants, des fournitures scolaires, matériels scolaires);
- assurer le contact permanent avec les parents d'élèves en vue d'un échange fécond sur les normes éducatives, les activités de l'école et le rendement des enfants;
- renforcer la collaboration étroite avec les ONGs dans les domaines de la formation, des infrastructures.

#### **Enseignants:**

- assurer un enseignement actif, participatif et responsable vis-à-vis des élèves et de la communauté;
- assurer le contrôle de la qualité de l'enseignement conformément aux critères définis conjointement avec les partenaires de l'école;
- participer à la gestion de l'environnement scolaire;

#### **Autorités communales:**

- participer à l'élaboration des politiques d'éducation
- élaborer des stratégies communales de l'éducation de base
- participer à l'élaboration du contenu des modules d'enseignement
- participer à l'organisation des examens
- participer au recrutement, à la supervision et au sanctionnement des agents
- participation à l'élaboration de la carte scolaire
- participer à la mise en oeuvre des programmes d'alphabétisation et d'éducation préscolaire
- appuyer la dynamique partenariale autour de l'école

C) Développer les compétences et les capacités des différents acteurs afin de mieux jouer leur rôles

D) Développer un système d'information/communication portant sur: l'importance de l'éducation, la vie de l'école, l'impact de l'éducation des filles/femmes sur le bien-être de la famille; la dynamique partenariale etc.

Dans tout ce processus de mise en oeuvre de la dynamique partenariale, l'UNICEF se propose de:

1. Fournir un appui institutionnel aux ONG et aux mouvements associatifs en vue de leur

permettre de mieux jouer leur rôle de partenaire de l'école:

- supporter financièrement les activités suivantes des ONG, mouvements associatifs: négociation sociale/sensibilisation; formation des APE; organisation des réunions périodiques des partenaires de l'école d'une zone géographique
- renforcer les compétences des ONG, mouvements associatifs dans la formation des APE et dans la conduite des dialogues avec les partenaires

2. Appuyer la mise en place des structures des APE à différents niveaux (village/quartier, commune, cercle, région, national) à travers les ONGs tout en favorisant la représentativité des femmes et leur implication dans les prises de décision.

3. Développer et renforcer les capacités institutionnelles et techniques des APE en vue de leur permettre de mieux participer à la gestion de l'école à travers, entre autres:

- le recrutement des élèves tout en assurant la parité des sexes
- le recrutement des enseignants (hommes et femmes) et la prise en charge d'une partie de leur salaire
- la gestion de la construction des infrastructures scolaires (y compris un appui financier pour la construction)
- le suivi scolaire des élèves etc

4. Appuyer les activités d'TEC visant à renforcer la demande de l'éducation et particulièrement celle des filles par le biais de la sensibilisation, des publications en langues nationales, la radio nationale (appuyée par les radios de proximité), la vidéo et la télévision etc.

5. Soutenir le processus d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques éducatives de MEB; renforcer le système dans sa capacité à former les maîtres/éducateurs; renforcer le système dans sa capacité d'élaborer des curricula mieux adaptés aux réalités socio-économiques et culturelles; renforcer l'encadrement/le suivi pédagogique.

*Stratégie 2: Améliorer les rendements internes et externes et la gestion du système de l'éducation de base*

Justification: Le besoin d'optimiser l'utilisation des ressources existantes et de mobiliser des ressources potentielles pour un plus grand accès à l'éducation de base de qualité.

Éléments de la stratégie:

Dans le cadre des ressources limitées disponibles, la nécessité d'un système performant (à la fois rentable et efficient) s'impose afin de permettre l'obtention des meilleurs résultats. Pour ce faire, l'UNICEF se propose de:

1) Rendements internes et externes:

- appuyer l'amélioration de la qualité et la pertinence des programmes scolaires de l'enseignement fondamental, du système non-formel (notamment des Centres d'Éducation pour le Développement) et de l'éducation préscolaire et spéciale) en tenant compte des réalités socio-économiques et culturelles:

- l'extension de la mise en application de l'enseignement dans les langues nationales

- le développement des curricula et des matériels pédagogiques mieux adaptés
- le renforcement du contenu pédagogique des programmes non-formels afin, entre autres, d'assurer une articulation entre le système formel et non-formel;
- appuyer la création et le renforcement des structures performantes de formation initiale d'enseignants/éducateurs (y compris les maîtres des CED)
- appuyer la stratégie de formation continue des enseignants/éducateurs (y compris les maîtres des CED) et du personnel d'encadrement au niveau national et décentralisé
- appuyer l'organisation des cours de rattrapages pour les enfants en situation difficile d'apprentissage, spécialement les filles
- appuyer les stratégies nationales d'amélioration des conditions de vie et de travail des enseignants
- appuyer l'élaboration des stratégies de complémentarité entre l'éducation formelle et non-formelle
- appuyer la formation à distance du personnel enseignant du formel et du non-formel

2) Contribuer à l'efficacité de la gestion du système éducatif par:

- le renforcement de l'utilisation décentralisée des outils de planification et de gestion
- le renforcement des capacités d'administration des administrateurs scolaires (directeurs d'écoles, inspecteurs etc)
- l'amélioration du système de gestion de l'information (carte scolaire, production, traitement et diffusion de l'information etc)

*X* **Stratégie 3: Développer/renforcer le pouvoir socio-économique, culturel et politique des femmes.**

**Justification:** Le renforcement du pouvoir économique, social et culturel de la femme exerce un impact positif sur le bien-être de la famille et sur son plein épanouissement.

**Éléments de la Stratégie:** Le plein épanouissement des femmes exige le développement de leurs compétences et connaissances essentielles comme moyen de renforcement du pouvoir socio-économique, culturel et politique des femmes. Pour ce faire, l'UNICEF se propose de:

1. Appuyer l'identification et l'organisation de groupement des femmes autour de leurs besoins communs
2. Assurer l'alphabétisation fonctionnelle des groupements organisés par :
  - L'élaboration du contenu pédagogique, des programmes d'alphabétisation intégrant les besoins spécifiques exprimés par les femmes. Cela à travers un partenariat entre les services spécialisés et les ONGs chargées de l'alphabétisation.
  - X* - L'introduction des technologies appropriées en vue d'alléger les tâches des femmes afin de leur permettre de s'impliquer davantage aux cours d'alphabétisation.
  - Le renforcement des capacités des ONGs chargées d'alphabétisation des groupements de femmes
  - L'encouragement de l'émergence et du renforcement des structures communautaires qui prendront le relais des ONGs.
  - Le renforcement de la capacité de production didactique, d'encadrement et de suivi des organismes intervenant dans l'alphabétisation et notamment ceux décentralisés.

✓ Organiser les femmes autour d'activités génératrices de revenus sous-tendues par des programmes dynamiques et fonctionnels d'alphabétisation.

3. Soutenir le processus d'élaboration d'une politique nationale d'alphabétisation des femmes et sa mise en oeuvre.

**Approche Opérationnelle Développement.** Concernant la première et la troisième stratégies du programme, un certain nombre de critères guideront la mise en oeuvre à savoir: le besoin de privilégier les régions où les taux de scolarisation et d'alphabétisation sont les plus bas (surtout chez les filles/femmes); le renforcement mutuel des trois stratégies du programme (et plus précisément celle visant l'amélioration de l'accès à l'éducation de base des enfants et l'alphabétisation fonctionnelle des femmes); le besoin de renforcer les interventions actuelles dans le domaine de l'éducation; et l'atteinte davantage de convergence intersectorielle avec les programmes de survie et de protection.

### 3.3 PROGRAMME DE PROTECTION

#### 3.3.1. Objectifs généraux:

Le Programme intersectoriel PROTECTION apportera une contribution au pays en vue de:

Créer un environnement favorable à la jouissance des droits par le renforcement du cadre juridique, la promotion, l'appropriation et la défense des droits;

Assurer une meilleure insertion économique et sociale des femmes et des enfants ayant besoin de protection spéciale, avec leur pleine participation et responsabilisation.

#### 3.2 Objectifs spécifiques:

Appuyer le processus d'adéquation des textes nationaux existants aux deux Conventions

Appuyer le processus de finalisation du code de Protection de l'enfant et du code de protection sociale

Favoriser l'appropriation des droits par l'enfant et la femme à travers le renforcement des compétences et capacités des individus, de la société civile et des services publics

Appuyer l'élaboration d'une politique nationale de Protection Spéciale pour les groupes

Appuyer la mise en place d'une structure indépendante de prospection et de suivi de l'application des textes relatifs aux droits de l'enfant et de la femme

Appuyer l'insertion et la réinsertion des groupes spécifiques à travers:

l'accès aux services de base (entre autres, éducation, santé, formation, activités génératrices de revenus);

la création/renforcement des structures spécialisées;

le renforcement des compétences et capacités de l'ensemble des acteurs.

Développer une stratégie d'IEC visant une meilleure prise de conscience par les groupes cibles (hommes, femmes, enfants) des conditions de vie des groupes cibles.

#### Stratégies

Contribuer à la promotion, l'appropriation et la défense des droits de l'enfant et de la femme

Justification: Le besoin d'adéquation des textes nationaux aux deux Conventions et la nécessité de combler les vides juridiques. La très faible connaissance des droits par les acteurs chargés de leur application et la faible appropriation des droits par l'enfant et la femme nécessitent un renforcement de leur capacité. Pour cela l'UNICEF se propose de:

**Eléments de la Stratégie:**

**A) Appuyer le renforcement du cadre juridique:**

**i) L'harmonisation des textes nationaux avec les deux Conventions:**

- la levée des réserves sur la CRC (Articles 12, 13, 14, 15, 16, 32) à travers un plaidoyer auprès du Gouvernement et une campagne d'information et de sensibilisation à l'endroit de la société civile
- la continuation du processus d'harmonisation en cours par la poursuite des travaux de rédaction du Code de Protection de l'Enfant, du Code de Protection Sociale et l'élaboration des textes relatifs aux droits de la femme.
- l'appui technique, matériel et financier aux ONGs/Associations et structures gouvernementales concernées

**ii) Le comblement des vides juridiques**

- l'élaboration et l'adoption des textes dans les domaines non encore couverts par le cadre juridique (succession, enfants travaillant dans le secteur informel, excision, femmes/enfants infectés/affectés par le VIH/SIDA, réglementation des conditions d'ouverture et d'exploitation des salles de cinéma, vidéothèques, boîtes de nuit etc)
- l'actualisation de textes concernant l'enfant et la femme (Code de Mariage et de la Tutelle, Code de la Parenté etc)

**iii) La mise en place d'un cadre institutionnel d'amélioration des textes et de suivi de leur application**

- la création d'une structure légère de mise en oeuvre, de prospection juridique et de suivi de l'application des droits. Il s'agit d'une structure indépendante représentant le Gouvernement et la société civile.
- l'appui aux centres d'informations et d'assistance juridique

**B) Appuyer le renforcement des compétences et des capacités des services publics, de la société civile et des individus:**

**i) l'information des individus:**

- ✗ plaidoyer auprès des leaders communautaires
- ✗ production/vulgarisation des Conventions en langues nationales à travers canaux appropriés
  - intégration des Conventions comme thèmes de post-alphabétisation
  - intégration des deux conventions dans le curriculum scolaire

**ii) la société civile:**

- formation des ONG/Association impliquées dans la défense et la promotion des droits de l'enfant et de la femme
- appui en ressources techniques, matérielles et financières

- formation des relais communautaires pour la diffusion des deux Conventions
- formation des organisations d'enfants.

iii) les services publics:

- formation des agents chargés de la promotion et l'application des textes
- intégration des deux Conventions dans les programmes des écoles de formation professionnelle (écoles de police, de gendarmerie, Centre National de Développement Communautaire, etc.)
- appui en ressources techniques, matérielles et financières des structures concernées

iv) la concertation entre intervenants (services publics, ONG/Association, partenaires techniques et financiers)

- échange des supports de vulgarisation
- rencontres de concertation/suivi des activités

*Stratégie 2: Mettre en place des mesures spécifiques en faveur des groupes de femmes/enfants nécessitant une protection spéciale: ce sont les enfants et les femmes qui, au delà de la pauvreté, sont confrontés aux conditions/circonstances qui les rendent particulièrement vulnérables.*

Justification: Les conditions spécifiques de ces groupes constituent un obstacle à la jouissance de leurs droits d'où la nécessité d'une protection spéciale en leur endroit. Pour ce faire l'UNICEF se propose d'appuyer:

Eléments de la stratégie:

- i) l'élaboration d'une politique nationale de protection spéciale à travers :
- l'approfondissement des connaissances sur les groupes de femmes/enfants ayant besoin d'une protection spéciale
  - la protection sociale et juridique de ces groupes
  - la mise en place d'une banque de données juridiques et sociales sur les groupes concernés:

XX ii) l'appui à l'insertion socio-économique des groupes suivants: enfants de la rue; enfants travailleurs; enfants/femmes handicapés; enfants orphelins du SIDA; enfants/femmes victimes d'exploitation sexuelle et de violence; enfants/femmes infectés/affectés par le VIH/SIDA, mineurs en conflit avec la loi à travers :

- l'amélioration de l'accès aux services de base (santé, eau/assainissement, éducation, formation professionnelle, activités génératrices de revenus, réadaptation à base communautaire)
- l'appui à la création/renforcement des structures/services plus spécialisées visant la protection, l'accueil, l'assistance, le conseil juridique, l'insertion et la réinsertion des groupes cibles à travers les centres d'accueil et d'orientation et les centres d'assistance juridique

iii) le renforcement des compétences et des capacités de l'ensemble des acteurs

(publics, Associations, ONGs, enfants/femmes) dans le domaine juridique et social:  
- formation dans la prise en charge des cibles,

iv) Information/Education et Communication visant une meilleure prise de conscience des problèmes de groupes cibles à travers:

- le plaidoyer auprès des autorités
- l'organisation d'événements spéciaux (journées de la femme et de l'enfant, mois de lutte contre l'exclusion, journée mondiale de lutte contre le SIDA, journée de l'alphabétisation, etc.) et le renforcement de leur suivi.

L'ensemble de ces stratégies doit être soutenu par un partenariat équitable et dynamique entre les services du Gouvernement, les collectivités décentralisées, les ONGs/Associations, les partenaires techniques et financiers et les enfants/femmes. Ce partenariat vise à développer des approches communautaires intégrant les besoins des groupes cibles aux actions de Développement.

#### **4. Conclusion**

Les points forts de la stratégie proposée se résument à la reconnaissance des droits (conventions) comme cadre de référence pour l'élaboration des objectifs et stratégies du programme de coopération. Au fait que les objectifs généraux du programme de coopération sont congruent avec les Plan Nationaux pour les enfants et les femmes et que, le programme de coopération s'articulera sur la base de trois programmes intersectoriels que sont le développement, la survie et la protection.

En ce qui concerne les stratégie globales, elles visent aussi bien la formulation que la mise en oeuvre des politiques nationales, la convergence géographique et sectorielle dans le but d'une synergie accrue et l'augmentation de l'impact des actions. Finalement, la participation des femmes, des enfants et de la société civile en générale est au coeur des stratégies de programme et est renforcé par l'appui au processus de décentralisation.

9 / temp / travaux.doc

**DOCUMENT DE STRATEGIES  
SURVIE  
Mali-UNICEF  
1998-2002**

**Structure du document**

**OBJECTIFS SURVIE**

I  
I  
I

**STRATÉGIES SURVIE**

I  
I  
I

I  
I  
I  
**Soins de santé intégrés et  
décentralisés**

**Objectifs  
Couverture  
Stratégies  
Volets**

I  
I  
I  
**Eau-Hygiène-  
Assainissement**

**Objectifs  
Couverture  
Stratégies  
Volets**

**Réunion de stratégies 22-23 Octobre 1996**

**version corrigée  
24 Octobre 1996**

## Liste des Abréviations

PEV	Programme Elargi de Vaccination
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
PMA	Paquet Minimum d'Activités
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
FCFA	Francs Communauté Financière d'Afrique
BCG	Bacille Calmette et Guérin (vaccin)
DTCF3	Diphtherie Tétanos Coqueluche Polyomyélite 3 (vaccin)
VAT 2	Vaccin Antitétanique
Vit A	Vitamine A
ASACO	Association de Santé Communautaire
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
FVV	Fistule Vésico-Vaginale
SRO	Solution de Réhydratation Orale
PF	Planification Familiale
CPN	Consultation Périnatale
ONG	Organisme Non Gouvernemental
PDSC	Plan de Développement Socio-Sanitaire
CLD	Comité Local de Développement
RAC	Réseau de Communication
PSPHR	Projet Santé Population Hydraulique Rurale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
DNHE	Direction Nationale de l'Hydraulique et de l'Energie
AEP	Approvisionnement en Eau Potable

# SOMMAIRE

NO. PAGE

A.	OBJECTIFS DE PROGRAMME MALI-UNICEF ( <u>survie</u> ) 1998-2002	03
B.	OBJECTIFS SURVIE	03
B.1.	Objectifs généraux	03
B.2.	Objectifs intermédiaires	03
C.	STRATEGIES DE LA SURVIE	04
D.	Domaine Santé	05
D.1	objectifs :	05
D.2	Stratégies :	06
D.3	Approches opérationnelles Santé : critères de la mise en oeuvre et facteurs de succès:	08
1.	Conditions de réussite sur un plan global	08
2.	Sur un plan spécifique et opérationnel de mise en place du système de santé du District:	09
2.1.	La mise en place de la stratégie offre du Paquet Minimum d'Activités (PMA)	09
2.2	Justification de l'appui à la <u>référence</u>	11
2.3.	La mise en place du système de référence/évacuation exige des conditions de réussite	11
3.	Appui de l'UNICEF :	12

E.	Domaine de l' Eau-Assainissement-Hygiène :	13
E.1	Objectifs :	13
E.2	Stratégies :	13
E.3	Approches opérationnelle Eau-Assainissement : critères de choix des zones d'intervention :	15
F.	Annexes	19
F.1	Evolution de l'accessibilité programme	20
F.2	Evolution de l'accessibilité PMA avec gestion communautaire	21
F.3	Tableau cumulatif des CSA & CSCOM fonctionnels	22
F.4	Listes des cercles par région ayant initié l'organisation de la référence	23
F.5	Critères de choix des régions de concentration géographique	24
F.6	Convergence géographique et intersectorielle Santé/Eau-Assainissement	25

## A. OBJECTIFS DE PROGRAMME MALI-UNICEF ( survie) 1998-2002

Le programme contribuera à :

1. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 30% d'ici l'an 2002 ;
2. Réduire la mortalité maternelle de 20% d'ici l'an 2002 ;
3. Réduire la prévalence des handicaps permanents chez les femmes et les enfants attribuables aux carences nutritionnelles, à la poliomyélite, l'accouchement d'ici l'an 2002.

## B. OBJECTIFS SURVIE

### B.1. Objectifs généraux

Le programme apportera une contribution au pays en vue de :

- Réduire la mortalité des enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës, au paludisme et à la malnutrition de 40% d'ici 2002.
- Réduire d'au moins 80% la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans attribuable aux maladies cibles du PEV d'ici l'an 2002.
- Réduire de 30% la mortalité maternelle attribuable aux dystocies et aux hémorragies du post-partum d'ici l'an 2002.
- Promouvoir la participation et la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge des problèmes de santé

### B.2. Objectifs intermédiaires

Le programme apportera une contribution au pays en vue de :

- Réduire de 30% l'incidence des maladies d'origine hydro-fécales chez les enfants de 0 à 5 ans d'ici l'an 2002 ;
- Réduire de 30% la prévalence de la malnutrition protéino-calorique chez les enfants de moins de 3 ans d'ici l'an 2002;
- Eradiquer la poliomyélite et éliminer le tétanos néonatal d'ici l'an 2002 ;

- Réduire la prévalence des handicaps permanents attribuables:

- \* à l'avitaminose A de 80%
- \* aux troubles dus aux carences en iode de 90%
- \* à la poliomyélite de 80%
- \* à l'accouchement de 30% d'ici l'an 2002.

- Eradiquer la dracunculose d'ici l'an 2000.

- Réduire de 30% l'incidence des MST et de l'infection VIH d'ici l'an 2002 ;

**C. STRATEGIES DE LA SURVIE**

- Prendre appui sur les acquis des politiques nationales définies et sur les points forts de leur mise en oeuvre en vue de réaliser les objectifs du programme, notamment:

- Etendre et améliorer la qualité et la couverture sanitaire en accordant la priorité aux milieux rural et péri urbain;

- Augmenter la couverture des besoins en eau potable et l'accès à un environnement salubre;

- Prendre appui sur la politique de décentralisation et la renforcer notamment par le développement des capacités au niveau opérationnel et par l'adaptation des autres niveaux (central et régional) à leurs nouveaux rôles;

- S'assurer de la viabilité et de la pérennité dans le développement des services à travers le système de partage des coûts et le développement de relations partenariales dynamiques entre l'Etat, les collectivités décentralisées, la population et les autres partenaires au développement;

- Renforcer les capacités de la population et des femmes en particulier pour la prise en charge des problèmes de santé;

- Assurer la complémentarité et la synergie des actions intersectorielles, particulièrement celles ayant un impact sur la santé de la population; à cette fin des opportunités nouvelles seront offertes par les aires de santé opérationnelles et les systèmes de santé de cercle cogérés avec la population.

- Coordonner à tous les niveaux et en particulier au niveau stratégique les appuis en vue de renforcer l'efficacité et l'efficience des politiques socio-sanitaires.

*Comment  
le programme  
Woz pourrait  
y contribuer?  
→ ve commander*

## D. DOMAINE SANTE :

### D.1 objectifs :

- Augmenter l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour la population de telle sorte que d'ici 2002 :
  - \* 75% de la population vivront dans un rayon de 15 km d'un centre de santé assurant les prestations du PMA ;
  - \* 60% de la population accéderont facilement à un plateau technique de référence assurant la prise en charge adéquate des urgences obstétricales.
- Augmenter l'accessibilité financière des soins de santé pour la population de sorte que d'ici 2002 :
  - \* le coût moyen de l'épisode curatif pour l'utilisateur ne dépasse pas 800 FCFA<sup>1</sup> dans 80% des centres de santé (CSCoM/CSAR) ;
  - \* le coût moyen pour l'utilisateur de l'évacuation et de la prise en charge d'une intervention obstétricale urgente ne dépasse pas 30.000 FCFA dans 60% des centres de santé de référence.
- Renforcer la responsabilisation de la population et des femmes en particulier pour la gestion des problèmes de santé, de sorte que d'ici l'an 2002 :
  - \* 100% des centres de santé de 1er échelon (CSCoM/CSAR) soient gérés par les ASACO ;
  - \* 60% des cercles aient leurs systèmes de santé de cercle cogérés avec les populations dans le cadre de conseils de santé de cercle effectivement fonctionnels ;
  - \* sous diverses formes, les femmes soient impliquées aux différents niveaux de l'action et de la décision (village, aire de santé, cercle).

En ce qui concerne la couverture, les critères d'intervention (cf annexe) serviront à prioriser les zones. Les objectifs de couverture suivants ont été quantifiés:

Intervention		Année 1995 (%)	Année 2002 (%)	
PMA	curatif (IRA, Palu, Déshydrat, Rougeole, MST) : Nb de nouveaux cas/hbt/an dans un rayon de 5 km	25	75	
	préventif	C.Prénatale	47	75
		BCG	76	>= 90
		DTCP3	49	>= 80
		Rougeole	51	>= 90
		VAT2	30	>= 60
		Surveillance préventive des enfants sains de moins de 3 ans (distribution Vit A)	20	60
		PF	4,5	15
	promotionnel	Nutrition	5	40
		TRO	16	60
Hygiène et Assainissement		5	40	
SYSTEME DE REFERENCE	Césariennes	15	60	
	Réparations de handicaps (FVV, déchirures périnéales...)	10	40	

## D.2 Stratégies :

- Assurer la disponibilité effective de toutes les activités du PMA dans les CSCom et CSAR avec un accent particulier sur l'intégration et le renforcement des activités de Planification familiale, de la prise en charge des MST et des activités promotionnelles (notamment nutrition, hygiène et assainissement...)

Renforcer la stratégie avancée, partie intégrante du PMA, pour les populations dans un rayon supérieur à 5kms du CSA/CSCom en adaptant la logistique aux exigences du terrain (moto) et en diversifiant les prestations (vaccinations, Vitamine A, SRO, PF, CPN, Promotion) de façon compatible avec le profil du personnel disponible et les conditions dans lesquelles se déroule l'activité;

Promouvoir le paquet minimum d'activités (PMA) au sein du privé ;

- Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire sur la base de la carte sanitaire élaborée et négociée dans le cadre des plans de développement socio-sanitaire des cercles; le présent programme y contribuera en coordination et complémentarité avec les autres appuis;
- Consolider et garantir la disponibilité des médicaments essentiels aux coûts les plus bas possible et en rendre l'approvisionnement pour les CSCom et CSAR facile dans toutes les régions du Mali;
- Organiser et renforcer le système de référence en utilisant la périnatalité comme porte d'entrée pour réduire la mortalité maternelle et augmenter l'efficacité d'ensemble du système de santé de cercle;
- Renforcer les capacités:
  - \* des équipes de santé pour la maîtrise de la gestion et le développement du système de santé intégré et décentralisé;
  - \* d'appui technique des directions régionales de la santé;
  - \* des ASACO avec un accent particulier pour, d'une part, développer le rôle des femmes dans les aires de santé et d'autre part rendre effective la cogestion du système de santé de cercle dans le cadre du conseil de gestion prévu par les textes en vigueur.
- Optimiser et Mobiliser les ressources nécessaires au bon fonctionnement et au développement équitable du système de santé de cercle en particulier par:
  - \* la réallocation budgétaire effective au niveau régional et cercle
  - \* la définition de normes permettant des allocations budgétaires ou de subvention préservant l'équité et renforçant la solidarité nationale
  - \* le développement de mécanismes de solidarité locale permettant de réduire l'obstacle financier pour l'accès à la référence et d'augmenter ainsi l'efficacité globale du système de santé.
- Promouvoir des comportements favorables à la santé de la femme et de l'enfant et plus particulièrement la TRO, l'allaitement exclusif, la pratique adéquate du sevrage, la supplémentation en vitamine A, la consommation de sel iodé, les pratiques de maternité sans risque, la prévention des MST/SIDA (en relation avec le programme protection) l'abandon de la pratique de l'excision (en relation avec le programme protection) Ces stratégies seront focalisées sur:

**l'accompagnement des prestations du PMA dans l'aire de santé par le personnel du CSCom/CSAR ,**

l'utilisation de stratégies d'appui complémentaires à celles mobilisées localement par le personnel de santé (réseaux locaux, radio rurale, communication traditionnelle)

le renforcement des capacités du niveau régional et central pour assurer l'appui nécessaire ( formation des cadres, évaluation, développement de stratégies locales ou spécifiques, confection de supports et outils à la demande, coordination pour assurer l'efficacité et l'efficience );

- Développer des recherches pour optimiser la mise en oeuvre;
- Renforcer les capacités au niveau central pour la définition de politiques de développement et la bonne gestion, la planification stratégique de la carte sanitaire, l'appui au suivi et évaluation et à la révision des programmes des écoles de santé et le recyclage et la formation continue du personnel socio-sanitaire;
- Assurer la coordination des différents appuis à la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé et du plan décennal auxquels contribue le présent projet.

Pour la mise en oeuvre de ces stratégies, le programme pourrait comprendre les 5 volets suivants:

- Planification et gestion décentralisée
- Revitalisation de CSA et appui à la création de CSCom y compris l'appui au PMA
- Périnatalité et organisation de la référence
- Responsabilisation des populations
- Appui au niveau central

### **D.3 Approches opérationnelles Santé :critères de la mise en oeuvre et facteurs de succès :**

#### **1. Conditions de réussite sur un plan global:**

Constitution d'une équipe socio-sanitaire de cercle suivant les normes convenues, notamment la présence d'au moins 2 médecins dont 1 ayant des compétences chirurgicales, 1 technicien de développement communautaire, 1 technicien sanitaire et au moins 1 sage-femme.

Elaboration d'un plan quinquennal de développement socio-sanitaire de cercle (PDSC) par l'équipe socio-sanitaire de cercle précisant la situation sanitaire et les problèmes de santé du cercle, la stratégie sanitaire, les programmes et un plan de financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement. Ce plan doit être approuvé par l'organe délibérant local (conseil communal...) et enteriné au niveau national par le Comité de suivi de la politique sectorielle de santé et de population.

Existence d'un centre de santé communautaire opérationnel suivant les critères de performance technique et financière convenus d'avance;

- Engagement des communautés à contribuer financièrement et/ou physiquement pour 25% du coût de réhabilitation ou de construction des Centres de Santé Communautaire (CSCOM), l'Etat devant financer le complément;
- Engagement de l'organe délibérant (conseil communal...) à consacrer à la santé au moins 7% des recettes produites par la taxe locale de développement;
- Appui des Directions régionales de la Santé Publique et de l'Action Sociale aux cercles pour les aider à satisfaire aux conditions d'éligibilité.

La satisfaction de ces critères mis en application depuis 1991-1992 a été assurée en recherchant la pleine participation des communautés grâce à une approche communautaire permettant la plus large information et sensibilisation des populations. Cette approche communautaire a consisté en des négociations visant la participation des populations sur la base d'engagement contractuels entre les pouvoirs publics et les communautés organisées (à travers la création des ASACO et la signature de conventions entre les ASACO et le département de la santé).

L'application de ces critères a abouti à une approche progressive par cercle répondant aux critères dans les différentes régions et à une capitalisation des expériences. Cette démarche a favorisé un appui efficace du niveau régional aux cercles selon leurs capacités réelles. Ces critères restent à nos jours le cadre de référence des interventions à travers le pays.

## **2. Sur un plan spécifique et opérationnel de mise en place du système de santé du District:**

### **2.1. La mise en place de la stratégie offre du Paquet Minimum d'Activités (PMA)**

- la présence d'une équipe de santé composée d'au moins un infirmier et d'une matrone pour assurer un niveau minimum de qualité des services,
- la formation initiale pour assurer la polyvalence de l'équipe et la supervision du personnel sur la base d'un plateau technique défini,
- la disponibilité de médicaments essentiels à un prix abordable,

- la stratégie avancée pour les communautés situées dans un rayon supérieur à 5 km du CSCOM.

Toutefois, il faut souligner qu'un accent devra être porté dans le futur sur le renforcement du volet promotionnel du PMA à savoir la nutrition, l'hygiène et l'assainissement et du volet curatif en ce qui concerne la prise en charge des MST et des maladies chroniques telles la tuberculose et la lèpre. Le renforcement de l'aspect promotionnel pourrait favoriser le critère d'intersectorialité. Le tableau suivant montre le niveau de réalisation des différents volets du PMA.

**Tableau 1: Présentation des différents volets du PMA  
en fonction de l'existant et des perspectives**

PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES	EXISTANT	A RENFORCER/ A DEVELOPPER
CURATIF	Prise en charge des maladies courantes, notamment IRA, paludisme, diarrhée...  Disponibilité des médicaments essentiels	Prise en charge des MST et des maladies chroniques telles que la lèpre et la tuberculose
PREVENTIF	Vaccinations, Consultations prénatales, Accouchement et Suites de couches, Planification familiale Surveillance préventive des enfants sains	Intégrer et renforcer la Planification Familiale à la surveillance préventive des enfants renforcer le suivi nutritionnel des enfants sains - <i>entre autres</i>
PROMOTIONNEL	Séances de causerie en centre fixe et en stratégie avancée dont le contenu est insuffisamment spécifié et systématisé	Nutrition ( allaitement exclusif, alimentation femme enceinte..., hygiène et assainissement, Paludisme <i>TDCI</i>

*- Directeur Général de Santé :  
S. de S. G., A. de S. G., C. de S. G.*

2.2. **Justification de l'appui à la référence :**

- la réduction de la mortalité maternelle et certaines mortalités spécifiques affectant les enfants seront réduites significativement avec un plateau de référence efficace et efficient;
- l'appui technique et logistique du centre de référence est indispensable à l'efficacité voulue du 1er échelon;
- la crédibilité de l'ensemble du système de soins de santé pour la population dépend de la capacité du système particulièrement du 2ème échelon (niveau de référence) à résoudre nombre de problèmes dépassant les niveaux de compétence du 1er échelon.

2.3. **La mise en place du système de référence/évacuation**

\* **Interventions préalables :**

- l'existence d'un réseau d'au moins 4 CSCOM/CSAR opérationnels au 1er échelon selon les critères pré-établis ,
- la disponibilité d'au moins 2 médecins dont 1 ayant des compétences chirurgicales, un infirmier ayant des compétences en anesthésie, d'au moins une sage-femme au niveau du centre de santé de référence,
- l'existence d'un bloc opératoire opérationnel et de l'équipement nécessaire pour son fonctionnement,

\* **Interventions de développement :**

- le perfectionnement et la formation du personnel
- l'organisation du système de référence
- l'existence d'un réseau de radiocommunication (RAC) et de la logistique (ambulance) pour assurer la rapidité des évacuations,
- la mise en place d'un mécanisme de solidarité pour le partage des coûts entre le malade, les communautés, les ASACO et le Centre de santé de référence pour réduire l'obstacle financier à la référence/évacuation ,
- le suivi/évaluation des progrès par aire avec les ASACO et le conseil de gestion de cercle.

3. **Appui de l'UNICEF :**

L'accent sera porté sur:

- la complémentarité des actions dans le cadre du plan décennal de développement socio-sanitaire 1997-2006 et avec les autres partenaires,
- la priorité à l'appui global pour 1 cercle sur base du plan d'opération et du suivi semestriel des réalisations (indicateurs d'accès et de couverture à définir au niveau PMA/Référence/promotion Hygiène et Assainissement et Nutrition) dans un cadre d'intersectorialité.

A titre de rappel, l'UNICEF n'investit ni dans les travaux de construction (à quelques rares exceptions), ni dans l'équipement lourd pour hôpitaux. L'UNICEF finance un appui pour l'équipement complémentaire, l'appui logistique, la formation, les échanges d'expérience et la recherche.

## **E. DOMAINE DE L' EAU-ASSAINISSEMENT-HYGIENE :**

### **E.1 Objectifs :**

Les critères d'intervention présentés dans les pages en annexe permettront de prioriser les zones.

- Accroître la couverture ~~des besoins en eau~~ dans 80 aires de santé fonctionnelles en eau potable au cours de la période 1998-2002.
- Réduire le taux de pannes des équipements d'exhaure de 40% à 10% de 1998 à 2002.
- Appuyer la mise en place par les populations d'infrastructures d'assainissement dans 80 aires de santé entre 1998 et 2002.
- Promouvoir des comportements positifs en matière d'hygiène et d'assainissement avec un accent particulier sur les maladies hydroféciales dans les mêmes aires de santé de 1998 à 2002.
- Porter à 80% au cours de la période 1998-2002 le taux de couverture des écoles des mêmes aires de santé en ouvrages d'assainissement tout en intégrant l'éducation à l'hygiène dans le cursus de l'enseignement fondamental.
- Réduire à zéro le taux d'incidence du ver de Guinée et le maintenir à zéro 2 ans après, pour la certification dans la région de Mopti entre 1998 et 2002.

### **E.2 Stratégies :**

- Développement d'une approche participative prenant appui et consolidant l'acquis de l'organisation communautaire des aires de santé en vue de permettre aux communautés d'identifier leurs besoins prioritaires, de prendre des décisions et de les mettre en oeuvre pour résoudre leurs problèmes relatifs aux services d'eau et d'assainissement.
- Mise en oeuvre effective de l'éducation à l'hygiène dans le PMA en faisant jouer d'une part au personnel du CSCOM son rôle de coordination et de stimulation des actions et d'autre part aux communautés et à leurs partenaires locaux le rôle d'exécution.
- *How?* Incitation à la responsabilisation des femmes dans la gestion des points d'eau et dans les activités de promotion en matière d'hygiène
- Renforcement des capacités de planification, d'organisation et de gestion des structures associatives (associations, comités...) et des collectivités locales

*basir sur les capacités déjà la*

- Appuyer une décentralisation effective en renforçant les capacités de planification, de coordination, de suivi-évaluation et de contrôle des services techniques régionaux et locaux en particulier ceux de l'hydraulique et ceux de l'hygiène-assainissement .
- Adoption d'une approche d'intégration intrasectorielle Eau-Assainissement-Hygiène en renforçant la composante Education à l'hygiène en vue d'une meilleure perception par la communauté de la relation eau-santé-environnement.
- Renforcement et adaptation du système d'information sanitaire actif à base communautaire dans le cadre de l'éradication du ver Guinée en intégrant les besoins de suivi en matière d'hydraulique et d'assainissement.
- Appui à l'émergence d'un secteur privé au niveau régional et local pour la réalisation et la maintenance des points d'eau et des ouvrages d'assainissement compte tenu du nouveau rôle de promoteur du secteur dévolu à l'Etat à la place de celui de fournisseur de services.
- *ONG permanente!* Encouragement du partenariat avec les ONGS et les autres intervenants pour assurer la coopération et une meilleure complémentarité
- Extension de la couverture des besoins en eau et assainissement dans les villages et centres ruraux compte tenu du niveau de couverture actuel des besoins mais aussi des acquis à consolider du programme en cours, de la présence ou non d'autres intervenants, des progrès dans la mise en oeuvre de la politique de santé
- Adoption de technologies fiables, appropriées et à faible couts en encourageant l'utilisation de l'énergie renouvelable (solaire) et adoption du principe de réhabiliter et d'aménager les équipements et ouvrages déjà existants.
- Le partage des coûts de fonctionnement, d'entretien et d'investissement par la collectivité et les structures associatives suivant leurs capacités réelles, sera appliqué pour garantir la continuité de service.

Pour la mise en oeuvre dans le domaine Hydraulique-Assainissement-Hygiène, 3 volets sont prévus:

- Hydraulique villageoise
- Assainissement-hygiène
- Eradication ver de Guinée

### **E.3 Approches opérationnelle Eau-Assainissement : critères de choix des zones d'intervention :**

Les interventions dans les domaines Eau-Assainissement-Hygiène concernent les régions et cercles où d'une part les acquis du programme Mali-UNICEF sont importants et à consolider et d'autre part la mise en oeuvre de la politique de santé est suffisamment avancée afin d'assurer la convergence géographique et intersectorielle avec les interventions dans le domaine de la santé.

- Niveau de couverture des besoins en eau potable en tenant compte de la taille des villages.
- Importance des villages endémiques du ver de Guinée et des villages sous surveillance active.
- Présence des projets Eau-Assainissement financés par d'autres bailleurs.
- Acquis du programme Eau-Assainissement Mali/Unicef 1993-1997 à consolider en termes de: stratégie opérationnelle ; assainissement de base ; maintenance ; réseau animation et de suivi; système de surveillance du ver de Guinée ; décentralisation ; diffusion d'outils et de compétences, participation communautaire, etc...

Ces 4 critères ne sont pas limitatifs et sont à considérer globalement. Ils sont à croiser avec les critères de santé dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé, permettant la convergence géographique et intersectorielle.

Le choix des cercles et des aires de santé se fera sur la base des critères suivants :

- Cercle ayant fait des progrès dans la mise en oeuvre de son plan de développement socio-sanitaire (supérieur ou égal à 50% - population vivant à moins de 15 kms d'un CSCOM avec gestion communautaire) ;
- Cercle ayant une équipe socio-sanitaire de cercle complète et comptant au moins un technicien sanitaire ;
- Cercle situé dans une région ne bénéficiant pas ou pas assez de l'appui de partenaires en la matière ;
- Dans chaque cercle choisi, l'intervention concernera les aires de santé opérationnelles et les villages seront choisis sur la base des critères appliqués par la DNHE en matière d'AEP.

La prise en compte de ces derniers critères permettront :

- d'assurer un meilleur impact sanitaire,

- de prendre comme levier l'organisation et la participation communautaires dans les aires de santé,
- de garantir une meilleure utilisation des ressources,
- d'assurer un meilleur suivi.

F. ANNEXE

## F.1 EVOLUTION DE L'ACCESSIBILITE PROGRAMME

### ENSEMBLE DES CERCLES SANS LES CERCLES SUIVANT:

DIEMA            YOROSSO            BANDIANGARA            YOUWAROU  
 GAO            ANSONGO            BOUREM            KIDAL            MENAKA

POPULATION TOTAL EN 1993 : 7 772 830      NOMBRE DE CERCLES : 43  
 NOMBRE D'AIRES : 639

ENSEMBLE DE CERCLES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
CSCOM CREES	16	49	120	193	251	281	294	294
CSA REVITALISES	3	46	119	157	171	179	180	180
% POPULATION < 5 KMS C.S. AVEC PMA	2.78	9.31	20.66	29.34	33.87	37.29	38.51	38.51
% POPULATION < 15 KMS C.S. AVEC PMA	3.46	14.06	33.48	47.37	58.99	58.99	60.49	60.49
POPULATION SS RESP. C.S. AVEC PMA	3.54	17.68	42.05	59.04	67.95	73.01	73.01	74.55

### NOTES :

% POPULATION < 5 KMS C.S. AVEC PMA : POURCENTAGE POPULATION < 5 KMS D'UN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

% POPULATION < 15 KMS C.S. AVEC PMA : POURCENTAGE POPULATION < 15 KMS D'UN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

POPULATION SS RESP. C.S. AVEC PMA : POPULATION TOTALE SOUS RESPONSABILITE D'EN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

## F.2 EVOLUTION DE L'ACCESSIBILITE PMA AVEC GESTION COMMUNAUTAIRE

### ENSEMBLE DES CERCLES SANS LES CERCLES SUIVANT :

KOUTIALA  
YOUWAROU  
NIAFUNKE  
MENAKA

YANFOLILA  
TOMBOUCTOU  
GAO

YOROSSO  
DIRE  
ANSONGO

SAN  
GOUNDAM  
BOUREM

GOURMA-RHAROUS  
KIDAL

POPULATION TOTALE EN 1993 : 6 946 881

NOMBRE DE CERCLES : 37

NOMBRE D'AIRES : 190

ENSEMBLE DE CERCLES	1993	1994	1995	1996
CSCOM CREES	19	44	86	108
CSA REVITALISES	1	10	47	82
% POPULATION < 5 KMS C.S. AVEC PMA	3.69	8.01	14.77	19.08
% POPULATION < 15 KMS C.S. AVEC PMA	4.02	9.94	22.29	30.78
POPULATION SS RESP. C.S. AVEC PMA	4.07	10.27	24.02	36.64

### NOTES :

% POPULATION < 5 KM C.S. AVEC PMA : POURCENTAGE POPULATION < 5 KMS D'UN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

% POPULATION < 15 KMS C.S. AVEC PMA : POURCENTAGE POPULATION < 15 KMS D'UN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

POPULATION SS RESP. C.S AVEC PMA : POPULATION TOTALE SOUS RESPONSABILITE D'UN CENTRE DE SANTE AVEC PMA

F.3 TABLEAU CUMULATIF DES CSA & CSCOM FONCTIONNELS :

REGION	CSA	CSCOM	TOTAL
KAYES	7	15	22
KOULIKORO	18	11	29
SIKASSO	16	21	37
SEGOU	18	23	41
MOPTI	23	12	35
BAMAKO	0	26	26
TOTAL GENERAL	82	108	190

**F.4 LISTES DES CERCLES PAR REGION AYANT INITIE L'ORGANISATION DE LA REFERENCE :**

**REGION DE KOULIKORO**

KOULIKORO  
KOLOKANI

**REGION DE SIKASSO**

KOLONDIÉBA  
BOUGOUNI  
KADIOLO  
SIKASSO

**REGION DE MOPTI**

DJENNE

**DISTRICT DE BAMAKO**

COMMUNE 5 ET 6

**REGION DE SEGOU**

CERCLE DE BLA

## SANTÉ / EAU-ASSAINISSEMENT-HYGIÈNE

### CRITÈRES DE CHOIX DES RÉGIONS DE CONCENTRATION GÉOGRAPHIQUE

(c:convgeo/zone de concentration geo/wb2)

REGIONS	Population totale 1995	Tx Couvert. en eau en 1996	VER DE GUINÉE		Enfants de moins de 3 ans ayant épisodes diarrhéiques 2 semaines avant enquêtes	Nbre de cercles où mise en oeuvre Politique Santé Avancée
			villages endém. 1996	Nombre de cas		
KAYES	1.178.538	67%	57	206	30,1%	
KOULIKORO	1.337.131	63%	2	2	22,3%	2 (Koulikoro, Kolokani)
SIKASSO	1.379.787	68%	0	0	25,5%	2 (Kolondiéba, Bougouni)
GOU	1.414.876	47%	3	5	25,2%	2 (Bla, Niono)
MOPTI	1.201.833	32%	106	569	29%	2 (Koro, Djenné)
TOMBOUCTOU	409.367	13%	15	221	33% (urbain)	
GAO	236.323	1%	77	398		
KIDAL	103.701	2%	0	0		
<b>TOTAL</b>	<b>7.261.556</b>	<b>47%</b>	<b>260</b>	<b>1401</b>	<b>25,3%</b>	<b>8</b>

CONVERGENCE GEOGRAPHIQUE ET INTERSECTORIELLE SANTE/EAU-ASSAINISSEMENT :  
CSCOM et CSAR PRIORITAIRES

(c:convgeo/convergence geo sante et ws.wb2)

REGIONS	CERCLES	Population Cercle	CSCOM	Population couverte	CSAR	Population couverte	Population totale couverte	Tx couv. Santé pour pop. infér. ou égal à 15kms	Tx. couverture en eau du Cercle en 1996	
SEGOU	Bla	184.208	Dougouolo	7.724	Touna	14.086	21.810	59%	60%	
			Diena	8.104	Central	17.792	25.896			
			Kéméni	6.966	Falo	11.859	18.825			
			Nampesso	15.387	Yangasso	14.726	30.113			
			Fani	10.535		10.535				
						107.179				
MOPTI	Djenné	148.522	Gagna	7.704	Sofara	22.921	30.625	79%	29%	
			Madama	6.598	Konio	5.932	12.530			
			Kouana	9.867	Central	29.997	39.864			
			Mourrha	6.157	Kouakourou	8.692	14.649			
					Taga	7.904	10.904			
					Mougna	8.747	8.747			
							117.319			
	Koro	248.779		Tinsagou	8.723	Toroly	13.455	22.178	27%	35%
				Koporopen	14.013	Diankabou	7.508	21.521		
						Dioungani	9.390	9.390		
						Dinangourou	13.623	13.623		
							66.712			
	Mopti	287.003		Mossinkoré	29.797	Konna	23.956	53.753	43%	32%
Korientzé						17.012	17.012			
Fatoma						17.452	17.452			
Soufouroulaye						5.468	5.468			
						93.685				
Tenenkou	136.501		Dia	12.656	Central	36.528	49.184	82,5%	16%	
					Diakarabé	16.607	16.607			
					Sossobé	9.147	9.147			
					Diondori	19.274	19.274			
					Toguérécoumbé	18.398	18.398			
						112.610				
KOULIKORO	Kolokani	184.386	Sabougou	10.908	Nonsombougo	12.793	23.701	24%	54%	
					Massantola	13.793	13.793			
					Didiéni	5.822	5.822			
							43.316			
	Koulikoro	154.981		Monzombala	9.000	Nyamina	13.968	22.968	48%	68%
Kolébougou				13.077	Koula	8.549	21.626			
Chola				7.332	Tougoumi	9.510	16.842			
						12.966				
						74.402				
SIKASSO	Kolondiéba	127.287	Kaara	5.568	Kébila	12.469	18.037	43%	67%	
			Tiongou	4.965	Central	18.028	22.993			
			Diaka	7.341		7.341	7.341			
			Ména	6.430		6.430	6.430			
							54.801			
	Bougouni	271.346		Niamala	6.809	Koumantou	18.000	24.809	14%	71%
Sanso						12.500	12.500			
						37.309				
TOTAL							707.333			